

# کانتی لس آنجلس - اداره سلامت روانی

## دفتر حق و حقوق بیماران

اطلاعات محترمانه مشتریان: به قانون رفاه و آسایش و بنگاهها

بخش ۵۳۲۸ مراجعة نمائید

### فرم شکایت یا پژوهش خواهی ذینفع /مشتری

شما میتوانید در هر زمانی تشکیل پرونده شکایت بدید.

شما میتوانید به شخص دیگری اجازه دهید که برای شما اقدام نماید.

شما حق این را دارید که برای پژوهش خواهی با دفترحق و حقوق بیماران تشکیل پرونده دهید یا درخواست جلسه استماع عادلانه ایالتشی بنمائید  
زمانیکه طرح سلامت روانی محلی:

- ۱- سرویس درخواستی را رد میکند یا اجازه را محدود میکند؛
- ۲- سرویسی که قبل از اجازه آن صادر شده است کاهش داده، معلق نموده، یا به آن خاتمه دهد؛
- ۳- پرداخت سرویسی را تمامی، یا پاره ای از آن را رد نماید؛
- ۴- سرویسها را تغییر دهد یا از دراختیار گذاشتن موقع آنها کوتاهی نماید؛
- ۵- از اقدام به رسیدگی به شکایات استاندارد، حل و فصل پژوهش خواهی استاندارد یا حل و فصل پژوهش خواهیها تسریع شده در چهار چوب زمانی کوتاهی نماید.

فقط مشتریانی که مددی-کل دریافت مینمایند و مراحل پژوهش خواهی MHP را تکمیل کرده اند میتوانند درخواست جلسه استماع عادلانه ایالتشی بنمائند.

### شخصی که اقدام به تشکیل پرونده شکایت یا پژوهش خواهی مینماید

نام خانوادگی	نام	نام وسط	تاریخ تولد	شماره مددی-کل

نشانی	شهر	آیالت	کدپستی	شماره تلفن منزل

### تشکیل پرونده شکایت یا پژوهش خواهی بر علیه

نام مرکز/تأمين کننده/برنامه	شماره تلفن

نشانی	شهر	آیالت	کدپستی	شماره تلفن

## فرم شکایت/پژوهش خواهی و اجازه ذینفع/ارباب رجوع

(ادامه)

با تشکیل پرونده برای شکایت یا پژوهش خواهی شما مورد تبعیض یا هرگونه جریمه، دیگر قرار نخواهد گرفت. طبق قوانین ایالتی و فدرال محرومیت شما در هر زمانی محفوظ خواهد ماند.

توضیح برای شکایت یا پژوهش خواهی: (طفاً هرگونه مدارک کتبی را که از شکایت یا پژوهش خواهی شما حمایت می نماید ارائه دهید.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

تاریخ

امضاء ارباب رجوع/نماینده مشتری

اگرتوسط نماینده شخصی مشتری امضاء میشود،  
نسبت و اجازه انجام آنرا ذکر نمایند.

طفاً اجازه استفاده و افشاء اطلاعات بهداشتی/درمانی را در صفحه ۳ و ۴ که به کانتی لس آنجلس - اداره بهداشت روانی، دفتر حق و حقوق بیماران اجازه می دهد شکایت یا پژوهش خواهی شما را پیگیری نماید مطالعه و امضاء بفرمانید.

## فرم شکایت و اجازه ذینفع / مشتری

(ادامه)

### اجازه برای استفاده و افشای اطلاعات بهداشتی / درمانی :

اگر این سندرا امضاء نمائید، شما به کانتی لس آنجلس - اداره سلامت روانی، دفترحق و حقوق بیماران اجازه میدهید که شکایت یا پژوهش خواهی شما را پیگیری نماید. این اجازه به تأمين کنندگان بهداشتی / درمانی شما اجازه میدهد که اطلاعات بهداشتی / درمانی زیررا در اختیار کانتی لس آنجلس - اداره سلامت روانی، دفتر حق و حقوق بیماران بمنظور پیگیری شکایت یا پژوهش خواهی شما قراردهند:

- پرونده های گذشته و جاری شما؛ و
- اطلاعات دیگر در رابطه با شکایت یا پژوهش خواهی شما و / یا عدم قبولی یا حق و حقوق.

تاریخ انقضای:

این اجازه در تاریخ حل و فصل شکایت یا پژوهش خواهی شما منقضی خواهد شد.

حق و حقوق شما در مورد این اجازه:

اگر شما با امضاء این اجازه نامه موافقت نمینمایید، یک نسخه امضاء شده باید در اختیار شما گذاشته شود.

شما مجبور به امضاء این اجازه نامه نمیباشید، و امتناع شما در قابلیت شما برای دریافت درمان تأثیری نخواهد گذاشت.

شما میتوانید لغویا باطل کردن اجازه خود را برای استفاده از اطلاعات بهداشتی / درمانی خود در هر زمانی، بطورکتبی به کانتی لس آنجلس - اداره سلامت روان اطلاع دهید.

کانتی لس آنجلس - اداره بهداشت روانی

**County of Los Angeles – Department of Mental Health  
Patient's Rights Office  
550 South Vermont Avenue  
Los Angeles, Ca 90020**

اگر این اجازه را لغو نمائید، ممکن است ما کماکان اطلاعات بهداشتی / درمانی شما را که هم اکنون دریافت شده است برای مقاصدی که مربوط به اتکای پیشین این اجازه نامه میباشد مورد استفاده قرارداده و در اختیار بگذاریم.

## فرم شکایت/پژوهش خواهی و اجازه ذینفع/ارباب رجوع

(ادامه)

تأثید اجازه با امضاء این سند، من اجازه میدهم که اطلاعات بهداشتی/درمانی که در فوق توضیح داده شده است مورد استفاده قرار گرفته و افشاء شود. من متوجه هستم که استفاده و افشاء اطلاعات بهداشتی/درمانی مرا که درنتیجه امضاء این اجازه نامه صورت میگیرد نمیتوان مجدد استفاده یا افشاء نمود مگر اینکه یک اجازه نامه دیگر از طرف من دریافت شود یا اینکه اینگونه استفاده یا افشاء طبق قانون صریحاً مجازیاً مستلزم باشد.

تاریخ

امضاء ارباب رجوع/نماينده مشترى

اگرتوسط نماينده شخصی مشتری امضاء میشود،  
نسبت و اجازه انجام آنرا ذکر نماید

شما حق دریافت خدمات رایگان زبان را دارید.

برای کمک با دفترحق و حقوق بیماران با شماره تلفن‌های زیرتماس حاصل فرمائید:

۲۱۳-۷۳۸-۴۹۴۹ شکایات و پژوهش خواهی غیربیمارستانی

۲۱۳-۷۳۸-۴۸۸۸ یا ۸۰۰-۷۰۰-۹۹۹۶ شکایات و پژوهش خواهی بیمارستانی

- آیا اطلاعات درخواستی فرم را تکمیل کردید؟
- آیا شماره تلفن و نشانی خود را که ما بتوانیم با شما تماس حاصل کنیم ذکر کردید؟
- آیا هر دو قسمت شکایت و پژوهش خواهی را در صفحه ۲ و قسمت اجازه را در این صفحه امضاء کردید؟

لطفاً به نشانی زیر ارسال نماید:

Patients' Rights Office  
550 South Vermont Avenue  
Los Angeles, Ca 90020

لطفاً تمبر را فراموش نفرماید.